

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

193

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Février 1899, à 1 heure

PAR

Armand RIPAULT

Né à Dijon le 22 juillet 1872

Ancien prosecteur de l'Ecole de médecine de Dijon

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOLOGIQUE

DE LA

BOURSE SÉREUSE PRÉROTULIENNE

HYGROMA CHRONIQUE SANGUIN

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

GILLES de la TOURETTE et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimerie de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

193

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Février 1899, à 1 heure

PAR

Armand RIPAULT

Né à Dijon le 22 juillet 1872

Ancien prosecteur de l'Ecole de médecine de Dijon

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOLOGIQUE

DE LA

BOURSE SÉREUSE PRÉROTULIENNE

HYGROMA CHRONIQUE SANGUIN

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

GILLES de la TOURETTE et MAUCLAIRE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

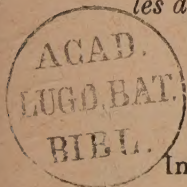
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimerie de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		Mathias DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		FOUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBÈNE.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale	{	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses		BERGER.
Clinique chirurgicale	{	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement	{	N.
		PINARD.

Agréés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULLE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : **M. CH. PUPIN.**

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mes Grands Parents

A mon Père et à ma Mère

A mes Frères et Sœur

A ma Famille

A mes Amis

A mes Maîtres de l'Ecole de médecine de Dijon

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Terrier

Professeur à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Bichat
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Il y a trois quarts de siècle, notre grand'père, le docteur Henri Ripault venait, après un externat à l'hôpital d'Orléans, s'asseoir sur les bancs de la Faculté de médecine de Paris. Il fut interne des hôpitaux. Quelque trente ans plus tard, notre père, aujourd'hui vieux praticien, lui succédait. Enfin notre frère aîné aujourd'hui fixé à Dijon, fut, comme notre grand'père, interne des hôpitaux de Paris.

Ce n'est donc pas sans une légitime émotion que nous venons aujourd'hui exprimer notre attachement à la glorieuse Faculté de médecine de Paris et à son Doyen actuel, à cette Faculté qui compte dans son sein des initiateurs comme M. le Professeur Terrier, dont le nom est étroitement lié à la plus grande découverte chirurgicale du siècle et dont nous sommes fier d'avoir été l'élève, ayant été attaché pendant deux années à son service à l'Hôpital Bichat, en qualité d'externe.

Nous désirons aussi remercier notre compatriote le docteur Albert Robin, le chimiste, le médecin que Dijon s'honore de compter parmi ses enfants et dans

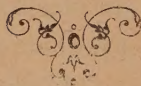
le service duquel nous avons commencé notre externat à Paris.

Nous nous souviendrons toujours de nos derniers mois d'études que nous avons passés à l'Hôpital Bichat dans le service du docteur Rocques.

Nous offrirons tous nos remerciements à M. le docteur Ménard qui a bien voulu nous agréer à deux reprises pour remplacer son interne dans son service si intéressant et si instructif d'enfants tuberculeux à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

Qu'enfin nos Maîtres de l'Ecole de médecine de Dijon reçoivent nos plus sincères remerciements.

Que M. le Professeur Terrier veuille bien encore nous permettre de lui exprimer nos remerciements respectueux pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



INTRODUCTION

Il nous a été donné, dans le cours de nos études, d'observer quelques cas d'affections du genou dont le diagnostic ne laissait pas que d'être embarrassant.

D'une façon générale, dans un segment peu volumineux, bien circoncrit et dépourvu de graisse, comme est le genou, la partie lésée se détache nettement et le diagnostic ne présente pas une très grande difficulté. Cependant, dans certains cas, les dimensions s'accroissent, les contours s'effacent, enfin les rapports sans se trouver changés, sont moins accusés.

Nous limitant en proportion de nos forces, nous nous sommes arrêté d'une façon toute spéciale sur une région du genou, la région antérieure où se trouve la bourse séreuse prérotulienne. Enfin, un cas qu'on peut appeler sinon exceptionnel, du moins rare, attira particulièrement notre attention sur les hygromas hémorragiques de cette bourse et nous suggéra définitivement l'idée, en nous aidant des travaux de nos devanciers, de venir apporter notre modeste pierre à cet édifice.



Historique

En 1862, Vernois fit connaître l'existence d'un certain nombre de bourses professionnelles inconnues avant cette époque.

Dans sa classification très méthodique, et où il donne à ces petits organes la qualification de « séreuses » qui est leur véritable nom, à la place de celui de « muqueuses » et même de « loupes », noms sous lesquels elles étaient communément désignées, il fait trois grandes classes : les constitutionnelles, les pathologiques, les professionnelles. Mais la première classe comprend deux sous-classes suivant que ces bourses sont ou non constantes ; et la troisième en comprend deux également suivant que ces bourses sont développées à un siège anormal ou bien qu'elles ne sont que le résultat d'un développement exagéré à un siège normal. Les bourses pathologiques, elles, se trouvent sur les saillies des pieds-bots, les moignons, les gibbosités, les hernies anciennes.

Quant à la bourse qui nous occupe ou bourse

séreuse prérotulienne, elle rentre à la fois dans la première et dans la troisième classe. Elle fut découverte, en 1782, par Camper qui, la même année, découvrit aussi celle qui est sur l'olécrane, ces deux bourses étant bien évidemment, de par leur siège, analogues, si, d'un côté du corps à l'autre, celles de même nom sont homologues : c'est une bourse normale et constante. Professionnellement parlant, on la rencontre communément chez les bitumiers, les couvreurs, les parqueteurs-raboteurs (sur les deux rotules) et chez les casseurs de pierres (mais seulement quelquefois et sur la rotule gauche).

Le mécanisme de la formation de toutes ces bourses n'est pas difficile à concevoir. Quant aux normales ou constitutionnelles, elles sont nées en vertu de ce principe « que la fonction fait l'organe » et ont été transmises par l'hérédité. Quant aux professionnelles, elles sont nées *hic et nunc* ou sur place elles ont pris leur développement exagéré. Celui-ci est bien évidemment un acheminement à un état pathologique, lequel peut survenir soit lentement par une distension excessive amenant un véritable trouble fonctionnel, soit par traumatisme : dans ce cas, celui-ci peut-être brusque, provenant d'un coup, d'une chute, ou bien lent, provenant de petits chocs répétés comme cela arrive par l'exercice de la profession de cordonnier.

Revenant à la bourse séreuse prérotulienne, nous dirons que celle-ci correspond à la partie antérieure et inférieure de la rotule. Elle est sous-cutanée, les bourses sous-cutanées étant situées dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané. Bonamy (1) en décrit une autre située entre le feuillet superficiel et le feuillet profond de la partie de l'aponévrose du fascia lata qui recouvre le genou. Enfin, le Professeur Tillaux (2) en désigne une troisième en ces termes : « Cette bourse pérotulienne est située en arrière de l'aponévrose d'enveloppe du genou ; elle repose sur la rotule recouverte de son périoste. Quand on la dissèque, on trouve une cavité parfaitement close, uniloculaire en général, à parois très distinctes, occupant les deux tiers inférieurs de la face antérieure de la rotule, n'atteignant pas tout-à-fait le bord interne de cet os et dépassant assez souvent un peu les limites de son bord externe ; son diamètre est généralement vertical ».

Résumons cette énumération en rappelant que, dans le Traité de chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu et Delbet (1896), ces trois bourses sont nominativement citées et indiquées ainsi que nous venons de le dire. Une constatation curieuse est la

(1) Bonamy et Broca. Atlas d'anatomie, planche 72, tome 1.

(2) Tillaux, Anatomie topographique.

suivante. Le plus ordinairement, sinon toujours, c'est l'antique bourse séreuse prérotulienne ou la sous-cutanée qui est atteinte. Or, dans ce cas, on ne trouve plus vestige des deux autres.



Etiologie

L'hygroma séreux est en général accidentel, le plus souvent professionnel, mais peut toutefois se développer spontanément en vertu d'une idiosyncrasie, quelquefois d'une hérédité.

Or, il en est de même de l'hygroma sanguin. Toutefois on peut admettre que, pour celui-ci, le traumatisme joue un rôle plus fréquent. « Sous l'influence (1) de la contusion, la bourse distendue par l'humeur qu'elle renferme, éclate ; une partie du liquide s'infiltré dans le tissu cellulaire, les vaisseaux rompus donnent lieu à une hémorrhagie et le sang s'épanche dans la cavité séreuse où il se mélange au liquide restant ».

Quant à ce qui concerne spécialement l'hygroma hématique de la bourse séreuse prérotulienne, on peut dire que, quoique par sa position cette bourse soit exposée plus qu'aucune autre au double point de vue du travail professionnel et des accidents, cependant, dans une partie des cas, tels que celui qui fait l'objet

(1) Dictionnaire de Dechambre, Bourses séreuses.

de notre Observation I, on ne peut rien relever à ce double point de vue. Il se fait donc là un travail morbide spontané, absolument comme il s'en développerait sur un autre organe. C'est-à-dire que c'est là que retentissent de préférence toutes les causes pathologiques soit personnelles ou originelles, soit fortuites ou acquises auxquelles le malade aura été exposé.

Sauf exception, on peut avancer aussi que cette affection est propre aux personnes d'un certain âge.



Anatomie pathologique

Nous examinerons :

1° La poche contenant ;

2° Le liquide contenu.

1° Fondamentalement, un organe de glissement n'est qu'une membrane ayant la structure du tissu cellulaire (1). Les modifications qui se passent dans cette membrane, l'amènent peu à peu à la structure plus parfaite des séreuses, ainsi qu'à l'état de sac sans ouverture, ici dénommé bourse, analogue aux grandes séreuses des cavités splanchniques. Donc, fibres du tissu conjonctif entrecroisées, fibres élastiques rares, vascularité (2). La vascularité rend compte de la tendance hémorrhagique qui fait plus particulièrement l'objet de la présente thèse. Quant à l'épithélium, il est pavimenteux et continu chez le fœtus, mais chez l'adulte, il peut, pour des causes diverses, cesser, par places, d'exister. Il est sur une couche unique. Les recherches de Cornil et Ranvier ont aussi

(1) Dictionnaire de Dechambre, Bourses séreuses.

(2) Dictionnaire de Littré et Robin, Bourses séreuses.

fait connaître l'existence d'une très grande quantité de vaisseaux lymphatiques.

Pour M. Nicolas (1) les bourses séreuses sont des lacunes de tissu conjonctif aggrandies par un processus particulier. Les unes sont primitives, les autres acquises, mais n'apparaissent pas dans un ordre déterminé. D'une façon générale on peut dire qu'elles sont d'autant plus précoces que leur situation est plus profonde ; que, parmi les bourses séreuses sous-cutanées apparaissent d'abord celle du genou, puis celle du calcanéum, enfin celle de l'olécrâne. D'ailleurs leur mode de développement est le même, qu'elles soient superficielles ou qu'elles soient profondes. Le développement, la structure, la situation de ces bourses, dans des régions du corps exposées à des influences répétées, permettent de les séparer des autres séreuses et de les rapprocher au contraire d'autres organes conjonctifs tels que les gaines tendineuses.

Ces données étant posées, nous constaterons que, dans l'état pathologique, les caractères des bourses séreuses se modifient singulièrement. Et d'abord, il se forme une véritable cavité avec des parois et celles-ci prennent un épaissement parfois considérable qui peut varier de quelques millimètres à deux centimètres ; inversement ces parois peuvent

(1) *Revue des sciences médicales*, 1898, page 8.

s'amincir au point de les rendre indécorticables. En même temps, la constitution histologique se modifie et se complique, tout en restant basée sur des caractères généraux assez constants : épaisse couche de tissu conjonctif fibrillaire, infiltré tantôt de cellules cartilagineuses, tantôt de plaques ou de tissus calcifiés. On constate encore que les dépôts fibrineux sont stratifiés et qu'il existe des bourgeons de cellules embryonnaires ayant à leur centre des capillaires de nouvelle formation et çà et là de petits foyers hémorragiques (1).

L'intérieur de la paroi peut prendre un aspect rugueux et se doubler d'une couche grisâtre, pseudo-membraneuse, véritable membrane pyogénique. L'aspect intérieur peut être végétant : ces végétations peuvent être sessiles et simples nodosités.

Plus fréquemment elles sont pédiculées. Cet aspect polypiforme est frappant (2). Ces végétations sont adhérentes, à la différence des caillots qui se laissent aisément décoller.

Dans d'autres cas la fibrine s'organise en cordons réunis par des tractus, contenant dans leurs replis des caillots à divers degrés d'organisation.

2° D'une façon générale, nous rappelons que le liquide des hygromas est moins dense et moins vis-

(1) Bulletin de la Société anatomique, janvier-février 1897.

(2) Dictionnaire de Dechambre, Bourses séreuses.

queux que la synovie des séreuses splanchniques (1). Dans la variété hémorrhagique, ce liquide se dénature complètement mais il ne conserve pas davantage les caractères du sang normal. On voit en effet dans les observations où ces kystes ont été ponctionnés, que le liquide qui s'échappe est ichoreux, fétide, purulent, ou bien épais, couleur de chocolat, ou bien noirâtre comme du marc de café. Dans les cas où la poche a été énucléée en totalité, on y a trouvé que le liquide était passé à l'état de bouillie, celle-ci grisâtre ou bien ocreuse, semblable à des gaudes (vocalbe bourguignon pour *bouillie de farine de maïs*) ou à de la purée de marrons.

La partie non dissoute du caillot se comporte à peu près comme dans les foyers sanguins en général : le coagulum se décolore et il reste un noyau formé de fibrine et de globules parsemés de cristaux d'hématine. Au centre, le caillot peut rester noir et pulpeux (2).

Enfin, on peut trouver dans ce liquide des grains riziformes. Quelle est l'origine mécanique de ceux-ci et leur constitution histologique ? Les auteurs du Dictionnaire de Nysten (3) les considèrent comme détachés des parois en tant qu'extrémités des franges

(1) Dictionnaire de Littré et Robin, Bourses séreuses.

(2) Dictionnaire de Jaccoud. Bourses séreuses, page 489.

(3) Dictionnaire de Littré et Robin. Bourses séreuses.

dans lesquelles ces parois s'organisent à leur intérieur : ils les considèrent comme formés de matière amorphe abondante granuleuse, parsemée de noyaux fibro-plastiques et de quelques fibres de tissu lamineux ou encore fusiformes. Quant à leur nature pathologique, nous ne rappelons que pour mémoire les diverses opinions émises jusqu'à ce jour. Aujourd'hui en effet, il est démontré qu'elles sont de nature tuberculeuse : on y a même trouvé le bacille de Koch (1).

Rappelons enfin que l'hygroma sanguin a été rapproché de l'hématocèle vaginale (2) de même que, plus anciennement déjà, l'on avait rapproché l'hygroma séreux de l'hydrocèle vaginale.

(1) Traité de chirurgie clinique et opératoire.

(2) Poussin. Thèse de Paris, 1897.



Symptômes et Diagnostic.

La forme générale de la bourse passée à l'état de tumeur ou d'hygroma est arrondie, quelquefois irrégulière et bosselée, cloisonnée en dedans. Elle peut présenter des diverticulums formant autant de tumeurs juxtaposées à la tumeur principale. Le volume est des plus variables, depuis celui d'une petite noix à celui d'une tête d'adulte ; mais ce sont les hygromas sanguins qui sont les plus volumineux. D'une façon générale, les hygromas prérotuliens sont les plus volumineux du corps, beaucoup plus notamment que ceux de l'olécrâne, mais il convient de remarquer que le genou est beaucoup plus volumineux que le coude. D'ailleurs, la tendance inflammatoire n'est pas en proportion du volume de la tumeur : c'est le contraire qui est vrai et cela se conçoit si l'on réfléchit que, dans les cas d'hygromas volumineux, les parois sont très épaisses, pouvant atteindre et même dépasser un centimètre d'épaisseur, et que, dans ces conditions ils offrent une résistance bien plus grande aux violences extérieures. De même, ce ne sont pas les plus volumineux qui sont les plus douloureux ; mais la même chose arrive pour les hernies et (quoique pas toujours) pour les ulcères.

Enfin, remarquons que la rotule n'occupe pas une position fixe, mais au contraire variable suivant les mouvements exécutés par le genou, et cela a certainement de l'importance, comme le fait remarquer Perrichon (1), quand il s'agit d'apprécier le rapport entre le travail professionnel et la bourse lésée. C'est ainsi que l'auteur a constaté que la position à genoux, répétée et prolongée était bien plus préjudiciable à la bourse prétiibiale qu'à la prérotulienne. Dans cette dernière position, dit-il, il n'y a que la pointe de la rotule qui effleure le sol.

A ce propos, on peut aisément faire les constatations suivantes : Dans la station verticale, le bord inférieur de la rotule est au niveau de l'extrémité supérieure de la tête du péroné. A mesure que le genou se fléchit, la rotule descend, découvrant l'espace inter-condylien, ce dont il est facile de s'assurer si, ayant placé le bout de l'index contre le bord supérieur de la rotule, on laisse ce doigt en place pendant qu'on fléchit le genou. Dans la position assise, la rotule est dans sa situation qu'on peut appeler intermédiaire, la jambe étant alors à angle droit avec la cuisse. Mais, à mesure que la jambe se met en flexion forcée, ainsi que cela a lieu si, de la position assise, on se met à genoux, la rotule est entraînée en bas et cela d'autant plus que le tronc est plus en arrière. Alors, c'est le

(1) Perrichon. Thèse de Paris, 1896.

bord supérieur de la rotule qui arrive à être sur la même ligne horizontale que l'extrémité supérieure de la tête du péroné. Ici nous ne sommes donc pas tout à fait d'accord avec l'auteur précité, car il nous a paru que la rotule reposait d'aplomb sur le sol.

Avec les données précédentes, il sera facile de diagnostiquer un hygroma du genou et de faire le diagnostic différentiel de l'hygroma prérotulien d'avec celui des bourses voisines lesquelles sont la bourse de Padieu, découverte par cet auteur en 1839 à l'angle supéro-externe de la rotule et la bourse prétiibiale située au-devant de la tubérosité antérieure du tibia, découverte par Velpeau ; en ayant présent à l'esprit que ces bourses peuvent communiquer accidentellement l'une avec une autre ou toutes ensemble.

Il y a deux bourses séreuses profondes, la sous-rotulienne et la quadricipitale, celle-ci n'étant peut-être qu'un diverticule séparé de l'article.

L'hygroma sous-rotulien se reconnaîtra aux particularités suivantes (1) :

1° Il soulève au repos le tendon rotulien.

2° Il est fixé par la tension de ce ligament.

3° Dans la flexion de la jambe, le tendon rotulien aplatit la tumeur sur la ligne médiane et lui fait prendre l'aspect de bissac, le liquide repassant de chaque côté du ligament, là où les parties molles sont moins résistantes.

(1) Perrichon. Thèse de Paris 1896.

Il nous reste à étudier spécialement le diagnostic de la forme hémorrhagique. L'affection avec laquelle cet hygroma pourrait être confondu le plus facilement est l'abcès par congestion, étant donné que, d'une façon générale, cet abcès affectionne les mêmes sièges que l'hygroma sanguin. On aura recours à l'épreuve de la transparence. Toutefois il convient de remarquer que, quand les parois seront très épaisses, la valeur négative de ce signe n'aura qu'une médiocre importance, et, pour le même motif, que celle positive du point osseux douloureux ne sera pas aisément perceptible.

Un signe assez pathognomonique est, quand il existe, une coloration violacée des téguments; joindre à cela que souvent la palpation donne la sensation d'une masse plutôt pâteuse que fluctuante.

Que si la poche est ouverte, le diagnostic se simplifie car ce liquide est en général rouge-brun.

Enfin, l'examen histologique du contenu sera, c'est certain, encore plus démonstratif.



Traitement

Nous partagerons le traitement en 3 classes :

1° Le traitement palliatif (aujourd'hui à peu près complètement abandonné sauf pour les tout premiers débuts), le traitement chirurgical simple, le traitement chirurgical radical.

Le traitement palliatif comprenait les applications résolutives ou légèrement irritantes sur le genou malade et la compression : résultats nuls. Dans un autre ordre de faits, c'étaient les vésicatoires, les sétons, la cautérisation transcurrente. Tous ces moyens ont été à bon droit proscrits, parce qu'ils pouvaient laisser à la peau, après leur emploi, une susceptibilité morbide particulière (voir conclusion, 6°). Pour le même motif, nous nous méfions même des badigeons à la teinture d'iode qui autrement nous paraîtraient indiqués. A tous ces traitements nous préférons donc un moyen ayant au moins pour lui une complète innocuité et qui aurait employé, dès le début, une réelle efficacité, nous voulons parler de frictions avec une pommade composée de 5 grammes d'iodure de potassium pour 40 grammes de pommade de concombre, recommandées par Lyot.

2° Dans le traitement chirurgical simple nous laissons de côté l'écrasement, moyen dangereux en ce sens qu'il peut faire naître la complication qu'on a le plus à redouter dans l'hygroma, c'est-à-dire une suppuration avec diffusion (1).

Nous ne ferons que mentionner la ponction simple qui est inutile mais qui, en tout cas, devrait être sous-cutanée.

Nous arrivons à l'ouverture de la poche. L'incision peut être simple ou multiple. L'incision simple, droite et même cruciale, a pour inconvénient de laisser la cavité béante par défaut de rétraction des parois et de favoriser la stagnation du pus et des détritits (2). Une fois la poche ouverte, on appliquait autrefois le tamponnement qui doit être abandonné pour le drainage. Celui-ci peut être précédé du curetage, et d'après le procédé de Volkmann, s'accompagner de lavages et d'injections antiseptiques (phéniquées, boriquées ou chlorurées).

On peut aussi pratiquer la cautérisation de l'intérieur de la poche. Cette cautérisation fut pratiquée à Lyon par Valette avec la pâte de Canquoin (cautérisation potentielle) et par Daniel Molière au thermocautère (cautère actuel).

Enfin, un moyen qui mérite une mention spéciale

(1) Dictionnaire de Dechambre. Bourses séreuses, p. 378.

(2) Chassaignac. — Dictionnaire encyclopédique.

c'est la ponction suivie d'injection iodée. L'injection iodée, qui fut un des titres de gloire de Velpeau, fut naturellement préconisée par lui pour la guérison des hygromas. Dans d'assez nombreux cas, ces injections furent suivies de succès. Toutefois, dans les hygromas hématiques, il faut les rejeter d'après M. Valette (1) qui pose leur contr'indication absolue comme étant dangereuses à cause de la densité et de l'inextensibilité des tissus fibreux des parois, s'opposant à leur expansion après l'injection.

3° Le traitement chirurgical radical est la méthode d'élection et consiste dans l'extirpation ou ablation totale.

On se trouve en présence de deux procédés, suivant qu'on enlève la poche en totalité ou bien qu'on l'incise et qu'on la vide préalablement.

Souvent le second procédé est obligatoire ; c'est quand les parois sont trop minces pour pouvoir rester intactes pendant l'opération.

Donc, quand cela est possible, c'est au premier procédé qu'on a recours, celui-ci permettant en outre de poursuivre la dissection des diverticulums qui vont quelquefois se loger très loin.

Notons que, dans les cas de vacuité prématurée de la tumeur, la ressource est d'employer le procédé

(1) Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, p. 24.

communiqué par M. Pozzi à la Société de Chirurgie (2) et qui consiste à remplacer le liquide par une injection de blanc de baleine fondu au bain-marie à la température de 45° et à attendre son refroidissement jusqu'à concurrence solide.

La méthode d'extirpation totale, la première qui s'offre à l'esprit en présence de gros hygromas à parois épaisses et par conséquent, en particulier, des hygromas hématiques, fut sans doute appliquée depuis longtemps. Pourquoi donc ne s'imposa-t-elle pas immédiatement ? C'est à cause des nombreux succès et même des revers et des méfaits qu'elle dût compter à son passif. Et pourquoi est-elle devenue aujourd'hui non seulement la méthode de choix mais la méthode courante ? C'est qu'une révolution s'est opérée, dans la chirurgie moderne en général, par la *Controsepsie* précédant et éclairant l'immortelle découverte de notre grand Pasteur et dichotomisée en *antisepsie* due à Lister et *asepsie* française dans la personne du professeur Terrier.

(2) Société de chirurgie, séance du 6 novembre 1878,



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

La nommée G... Eugénie, 65 ans. sans profession, entre à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 20, le 15 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Au point de vue de l'affection qui nous occupe, ces antécédents paraissent nuls.

Antécédents personnels. — Cette femme n'a jamais été malade. Actuellement sans profession, vu son âge, elle n'a jamais exercé de profession déterminée, donc pouvant avoir une influence sur la production d'un hygroma du genou.

Or, il y a environ 10 ans, cette malade a commencé à ressentir une gêne au genou gauche. Et alors son attention appelée sur ce point lui permit d'assister à la production et au développement d'une boule au-devant de ce genou. Cette tumeur n'était ni douloureuse, ni rouge, ni enflammée. La malade raconte que sa consistance variait : tantôt elle était dure et tantôt elle était molle.

Cette tumeur resta longtemps stationnaire et pen-

dant 7 à 8 ans les symptômes n'augmentèrent pas. Ce n'est que depuis 2 ans que la tumeur s'est mise à grossir et qu'elle a atteint, il y a un an, son maximum de développement correspondant à l'état actuel.

Puis, la peau se modifia et à ce moment devint rouge sur le côté interne en même temps que la tumeur devenait fluctuante. Bientôt, à la partie antérieure de la tumeur, se formèrent des fistules donnant issue à un liquide purulent, sanieux et fétide.

Cette malade n'a jamais été soumise à l'impotence absolue. Elle continua ses occupations et c'est surtout à cause de ses fistules qu'elle entra à l'hôpital.

Etat actuel. — Au premier aspect, le diagnostic qui se présente à l'esprit est celui d'un sarcome de la rotule. Toutefois, en considération de ce que la tumeur est très ancienne et de ce que son évolution a été très lente, ce diagnostic doit être écarté.

Le volume de la tumeur est celui d'une orange ; elle est unilobée et située au-devant du genou gauche. On constate à la palpation une induration : mais celle-ci est profonde. On constate aussi de la fluctuation mais seulement à la partie la plus antérieure. Quand on mobilise la tumeur, on mobilise avec elle la rotule. La peau est peu mobile sur la tumeur amincie, violacée et même, par places, nécrosée.

Les mouvements de l'articulation s'exécutent normalement et sont indolores. Les troubles fonctionnels de la jambe sont donc à peu près nuls, mais il y a des troubles trophiques (un peu d'œdème et de l'amaigrissement) lesquels, d'ailleurs, paraissent tenir à la présence de varices profondes.

Diagnostic: Hygroma chronique et fistuleux du genou.

Opération le 5 décembre 1898.

Le champ opératoire est fait avec toutes les précautions et tous les soins de la technique aseptique et antiseptique. Ce premier temps accompli, on pratique au-dessous de la rotule une incision elliptique en fer à cheval nettement perpendiculaire à la peau, et comprenant dans son écartement un segment de peau ovoïde. La dissection de la poche est pratiquée : cette dissection est facile sur le côté mais très difficile en arrière.

La poche est *extirpée* en totalité. On évite de réséquer un lambeau de peau et de faire une cicatrice au devant de la rotule, ce qui serait gênant et douloureux.

La cavité est drainée et l'on applique un pansement antiseptique.

Le soir, la malade eut une hémorrhagie abondante qui fut arrêtée. Le surlendemain, en faisant le pansement, on constate que la plaie est légèrement ouverte et que la peau des lambeaux est en partie détruite. Elle se sphacèlera très probablement.

On voit que les suites ont été favorables quant à l'affection principale, mais que des accidents fâcheux se sont produits du côté de la peau : la conclusion ferme à tirer de là, c'est que cette malade a attendu trop longtemps pour se faire opérer.

OBSERVATION II

(Poussin, Thèse de Paris, 1897)

Le nommé S..., 57 ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, salle Saint-Luc, le 9 janvier 1896.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Chétif pendant sa jeunesse. Fièvre typhoïde bénigne à l'âge de 25 ans.

Quelques années après, à l'âge de 33 ans, apparition d'une tumeur du genou gauche qui prit rapidement le volume d'un œuf de poule. Cette tumeur indolente n'empêchait ni la marche ni le travail.

Ce blessé eut un accident grave pour lui, car son genou se trouva pris entre deux barreaux, alors qu'il voulait franchir une barrière, et ne put que très difficilement être dégagé : à la suite de cet accident, le volume de sa tumeur doubla presque et en même temps apparurent trois autres tumeurs à la partie supéro-externe de l'articulation.

Une ponction pratiquée et d'où il sortit un demi-litre de liquide brunâtre, couleur chocolat, n'amena qu'une déplétion momentanée. La tumeur reprit son volume et après une longue hésitation, le malade se décida à subir une opération.

Quand il entra à l'hôpital d'Angers, sa tumeur, sphérique, atteignait le volume d'une tête d'adulte et était opaque ; trois autres tumeurs ovoïdes, grosses chacune comme un œuf de dinde, la surmontaient,

occupant le tiers inféro-externe de la cuisse. La peau était saine devant ces tumeurs accessoires, au contraire, amincie, luisante, tendue, violacée, prête à se rompre au devant de la tumeur principale. Enfin, un dernier diverticulum paraissait comme suspendu à la partie inférieure de la tumeur principale qui était énorme, car son pourtour atteignait 52 centimètres, ne différant que de 3 centimètres de celui de la tête de ce malade.

La palpation non douloureuse donne partout la sensation d'une fluctuation très évidente. La pression exercée sur la grosse tumeur fait augmenter le volume des culs-de-sac, et réciproquement, signe évident du reflux du liquide ; il existe donc une libre communication entre toutes les poches. Enfin, on sent sous le doigt une petite crépitation amylacée quand on déprime les petites tumeurs.

Les mouvements de l'articulation sont indolores, normaux ; la flexion du membre est presque complète ; ce malade marche aisément et peut même se mettre à genoux en déplaçant la tumeur du côté externe.

Toute affection articulaire étant éliminée, le diagnostic d'hygroma chronique avec rupture de la poche à un certain moment est basé sur les caractères suivants : existence depuis 30 ans d'une tumeur située au devant de la rotule et présence de 3 culs-de-sac la surmontant, fluctuants et communiquant avec elle.

Opération deux jours après l'entrée de la malade, dans le but de pratiquer l'extirpation. Dans le cours de l'opération, la poche se rompt et donne issue à un jet de liquide assez épais, couleur chocolat, mêlé de

quelques petits corps blanchâtres et dont la quantité monte à près de deux litres et demi. Enfin, la tumeur est énucléée, avec un prolongement s'étendant jusque dans le creux poplité.

La plaie est réunie par première intention ; la cavité est drainée et l'on applique un pansement antiseptique qui fut renouvelé tous les jours. A chaque pansement le drain fut diminué, et, au bout de douze jours, on l'enleva ainsi que les fils supérieurs de la suture. Le travail de cicatrisation de la partie inférieure fut beaucoup plus lent et même une partie des téguments se sphacéla (comme dans l'observation précédente).

Le 1^{er} février ce malade quittait l'hôpital dans les meilleures conditions et peu de temps après reprenait son travail.

Réflexion. A quoi tint le sphacèle de la peau de la partie inférieure ? Il faut se rappeler qu'ici la peau de cette partie était très amincie (voir symptômes) et qu'elle se rompit pendant l'opération. Le volume énorme de la tumeur et la distension de la peau qui en fut la conséquence jouèrent évidemment dans leur genre le rôle dystrophique ou plutôt atrophique qu'ont joué les ulcérations fistuleuses dans le cas de l'observation précédente.

Quant aux culs de sac supplémentaires, ils n'ont pas paru être le résultat d'une communication anormale avec les bourses voisines.

On peut dire d'une façon générale qu'ici, comme dans la plupart des cas, il faut faire la part de l'imprévu et de la force des choses, la tumeur se développant là où elle peut.

OBSERVATION III

(Pousin, thèse de Paris, 1897).

Le nommé G... Julien, 70 ans, marinier, entre le 14 février 1889 à l'Hôtel-Dieu d'Angers salle Saint-Eugène.

Antécédents morbides nuls.

L'affection a débuté à l'âge de 30 ans, par des douleurs au-devant de la rotule. Ni la marche, ni les mouvements de flexion n'étaient gênés.

Peu de temps après, apparition au-devant du genou gauche d'une tumeur indolente grosse comme une noix. Cette tumeur augmenta sans cesse de volume, et vers l'âge de 55 ans, ce malade ayant fait une chute sur les genoux, il lui survint une autre tumeur à la partie interne de l'articulation.

Des douleurs articulaires décidèrent ce malade à venir se faire soigner à l'hôpital.

Etat actuel. — Sur la partie antérieure du genou gauche, on constate 3 tumeurs : 1° exactement au-devant de la rotule (volume du poing) ; 2° et 3° au-dessus et au-dessous de cet os. Le grand axe de ces dernières mesure 9 centimètres. La peau a conservé sa mobilité, mais est très tendue. Pas de trace d'inflammation. Pression non douloureuse. Fluctuation très nette ; transmission du flot de l'une à l'autre poche et perception d'une crépitation amy lacée.

Le doigt, ayant déprimé la tumeur centrale, arrive au contact de la rotule très rugueuse. Sur

la face interne de la cuisse, à partir de la tumeur inférieure, s'étend un boyau sinueux terminé par un renflement à trois travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne. Cette longue poche est fluctuante mais indépendante des trois tumeurs : elle se serait développée de bas en haut.

Etat général peu satisfaisant, quoiqu'il n'y ait pas de maladie constitutionnelle manifeste.

Opération le 15 février. — Les téguments sont nettoyés à l'eau savonneuse, à l'alcool et au biiodure de mercure. Deux incisions sont pratiquées, de 3 à 4 centimètres chacune, l'une en haut et l'autre en bas de la longue poche interne. Il s'écoule environ 700 grammes d'un liquide de couleur chocolat et mêlé de caillots fibreux. On pratique un grand drainage de toute la poche et une injection d'une solution d'éther iodoformé. Les jours suivants, lavage de la poche avec une solution d'eau boriquée et phéniquée. Le 20 février on remplace les premiers drains par d'autres de moindre calibre. On constate que le liquide injecté est rendu plus clair et qu'il y a commencement de recollement au milieu de la poche.

Le 25 février, on procède à l'ouverture des 3 tumeurs en pratiquant une incision à chacune des deux extrémités. Il s'écoule 400 grammes d'un liquide analogue au premier. Drainage, grand lavage à l'eau boriquée, et injection d'une solution de chlorure de zinc à 10 0/0.

Le lendemain et jours suivants, injection d'eau boriquée et phéniquée, et compression de toute la cuisse par un bandage.

Le travail de recollement, plus lent que celui de

la poche, permet pourtant d'enlever les drains le 3 mars.

Le 4 mars, ce malade, dont la température axillaire est de 39°, 2 est très-abattu et en proie à une dyspnée excessive. Il ne se plaint nullement de son genou qu'il étend et fléchit à volonté.

L'auscultation dénote une congestion à la base du poumon droit et en arrière. Le lendemain, la congestion a gagné le poumon gauche et la fièvre a augmenté. Ce malade succombe à 10 heures du soir.

Autopsie. — Le long boyau de la partie interne de la cuisse, dont les parois sont recollées, était complètement formé aux dépens de la gaine du muscle couturier dans toute sa longueur. Ce muscle est extrêmement atrophié et noirâtre, coloration qui est sans doute le résultat de sa macération dans un liquide de même couleur.

La triple tumeur externe divisée suivant son plus grand axe, n'est recollée qu'à la partie moyenne où de nombreuses brides fibreuses réunissent les parois opposées. Celles-ci sont tapissées de petites tumeurs molles et pédiculées formées de fibrine.

Détail intéressant : il existe un orifice fibreux, arrondi, bien organisé, à l'union de la tumeur médiane avec la poche, mais cet orifice est obstrué et complètement obturé par une concrétion calcaire. Ce noyau enlevé, la communication devient libre.

La rotule est effectivement rugueuse et paraît plus blanche que normalement. L'articulation est intacte.

OBSERVATION IV

(Bulletin de la Société anatomique, jan.-février 1897)

Tumeur hématique lentement développée dans une bourse séreuse, véritable hématocele prérotulienne, observée par M. Morestin.

Après une évolution de douze ans, la tumeur atteignait le volume d'une tête d'adulte quand la femme qui en était porteuse se décida à venir à Broussais.

La tumeur remonte jusqu'à mi-cuisse et descend jusqu'à la partie inférieure du tiers supérieur de la jambe. Elle est sphérique, lisse, fluctuante. Mobile au-devant de la jointure, elle adhère à la peau du côté interne. L'articulation est indemne. En l'absence de toute lésion osseuse ou articulaire, un hygroma fut diagnostiqué. Enfin, l'épreuve de la transparence appliquée à ce kyste donna un résultat négatif.

Ce dernier signe amena M. Morestin à soupçonner le caractère hématique de ce vieil hygroma : un signe pathognomonique corroborait ce signe physique, c'était l'endolorissement et l'accroissement de la tumeur au moindre heurt ou choc.

L'extirpation fut faite à la cocaïne. Toute la partie profonde adhérait d'une façon assez intime à la rotule et, entre la peau et le kyste il y avait un foyer gros comme le poing et rempli d'une bouillie d'un rouge ocreux et grisâtre.

Toutefois, après résection des téguments en

excès, la plaie fut réunie par première intention et cicatrisée au bout de quelques jours.

La dissection et l'examen de la tumeur permirent de constater que la surface interne de sa paroi était très-irrégulière et hérissée de saillies couvertes de détritüs grisâtres. La paroi elle-même, épaisse d'un demi-centimètre, était résistante comme du cuir. Audessous il y avait une épaisse couche de stratifications fibrineuses, des bourgeons de cellules embryonnaires ayant à leur centre des capillaires de nouvelle formation, et çà et là de petits foyers hémorrhagiques.

OBSERVATION V

(résumée)

(Perrichon, Thèse de Paris, 1896).

Auguste P..., maçon, 20 ans, entre à l'hôpital Necker, le 13 janvier 1896, service de M. le professeur Le Dentu, salle Malgaigne.

Antécédents héréditaires : tuberculeux de père et de mère.

Antécédents personnels : tuméfaction peu douloureuse et à progrès lents à la partie supérieure d'une des deux jambes, devant la tubérosité antérieure du tibia.

Actuellement, la tumeur remonte au-devant du ligament rotulien et coiffe le genou.

Cette tumeur est fluctuante, à grand axe trans-

versal ; les téguments sont mobiles et sains. Au-dessous, on constate de l'empâtement et le point douloureux pathognomonique de l'affection osseuse. Le diagnostic serait « abcès froid ». Mais M. Le Dentu pense à une affection tuberculeuse de la bourse séreuse à cause de la forme de la tumeur. L'auscultation est suspecte au sommet droit.

Opération le 17. On trouve une collection de pus tuberculeux. On extirpe alors la poche de l'abcès tuberculeux qui s'était développé dans la bourse séreuse prétiibiale.

Le 26 février, on constate que ce malade est atteint d'ostéite tuberculeuse d'un métacarpien. On lui met des pointes de feu et il quitte l'hôpital le 5 mars 1896.

Réflexions. — Nous avons cité cette observation qui ne rentre pas directement dans notre sujet, pour la rapprocher de l'observation 3. Que voyons-nous dans cette dernière ? qu'un malade qui présentait une triple tumeur avec crépitation amylacée fut pris, précisément après la guérison de cette tumeur, d'une congestion pulmonaire. L'état général très mauvais de ce malade amena rapidement une terminaison fatale, mais ce décès, imputable à l'état général sus-mentionné, ne peut pas être pris en considération et nous ne retenons que la brusque invasion de l'affection pulmonaire et son caractère pernicieux.

Il est vrai qu'à l'autopsie on ne parle pas de

grains riziformes, mais seulement de petites tumeurs pédiculées et formées de fibrine. Or, Charles Robin (Voir notre anatomie pathologique *in fine*), dit bien que sous l'influence de causes peu connues (on sait aujourd'hui que c'est la tuberculose) il peut se former sur les synoviales malades de petites tumeurs pédiculées dont les extrémités renflées et libres se détacheront sous forme de grains, et, quant à la fibrine, Velpeau (clinique de la Charité, 1^{er} mars 1856) et tous les auteurs après lui ont toujours admis la constitution chimique fibrineuse de ces corpuscules.

D'autre part, dans l'observation 5, nous voyons un malade franchement tuberculeux avec un hygroma de nature tuberculeuse. Cet hygroma enlevé, cet homme n'a point, il est vrai, de poussée sur le poumon, mais il est remarquable qu'il a immédiatement une poussée d'ostéite tuberculeuse à un métacarpien (en admettant même que le germe de cette ostéite existait avant l'opération).



CONCLUSIONS

1° Les plus gros hygromas observés siègent au genou et occupent la bourse séreuse prérotulienne.

2° Ces hygromas peuvent, quoique rarement, revêtir la forme hématique avec les complications tant intrinsèques (transformation de la poche et de son contenu), qu'extrinsèques (diverticules) que cette forme comporte.

3° Toutefois le développement de la tumeur dans ce cas s'opère très-lentement et semble reconnaître, pour cause première, moins des accidents ou des traumatismes qu'une sorte d'évolution naturelle tenant à l'idiosyncrasie et à la constitution morbide du sujet.

4° Aussitôt que ces hygromas ont atteint un volume suffisant, la méthode d'élection pour les guérir est *aujourd'hui* l'extirpation.

5° Il est contr'indiqué d'attendre trop longtemps car plus on attend et plus diminuent les chances de succès parfait.

6° Pour le résultat définitif, il faut prendre en

grande considération ce qui se passe du côté de la peau.

7° C'est à ce point de vue que les fistules de ces hygromas (ce qui d'ailleurs a été signalé par les auteurs modernes) (1) sont une complication grave.

(1) Traité de chirurgie clinique et opératoire. Bourses séreuses.

Vu :
Le Président :
TERRIER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

OUVRAGES

- Bonamy et Broca. — Atlas d'anatomie.
Bonn. — Clinique.
Chassaignac. — Dictionnaire encyclopédique.
Dechambre. — Dictionnaire de médecine.
Duplay. — Clinique des hôpitaux.
Jaccoud. — Dictionnaire encyclopédique.
Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
Pineau. — Etude sur les épanchements des bourses séreuses.
Tillaux. — Traité d'anatomie topographique.
Velpeau. — Leçons de clinique chirurgicale.

THÈSES

- Velpeau. — De la contusion. Thèse de concours.
Padieu. — Thèse de Paris, 1839.
Pont. — Thèse de Paris, 1877.
Range. — Thèse de Paris, 1877.
Flaud. — Thèse de Paris, 1886.
Goulon. — Thèse de Paris, 1887.
Perrichon. — Thèse de Paris, 1896.
Poussin. — Thèse de Paris, 1897.

JOURNAUX

Annales d'hygiène publique, 1862. — Vernois.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1862.

Bulletin de thérapeutique, 1863.

Progrès médical, 1877.

Bulletin de la Société de Chirurgie. 1878. — Pozzi. Progrès
médical, 1879.

Journal d'anatomie, 1895.

Bulletin de la Société anatomique, 1897,

Revue des sciences médicales, 1898.

